

Bài Team-Based Learning 4-8: Các vấn đề thường gặp của nửa sau thai kỳ

Nhận biết, phòng tránh và quản lý chuyển dạ sanh non.

Huỳnh Nguyễn Khánh Trang¹, Thân Trọng Thạch²

Mục tiêu bài giảng

Sau khi học xong bài, học viên có khả năng

1. Trình bày được khái niệm về chuyển dạ sanh non
2. Trình bày được quan điểm căn bản về điều trị sanh non
3. Trình bày được nguyên lý thực hiện cortico steroid liệu pháp để dự phòng suy hô hấp cấp ở trẻ sanh non

Sanh non cùng với các hậu quả khác của nó là nguyên nhân gây tử vong sơ sinh hàng đầu. Sinh non cũng là một yếu tố quan trọng dẫn đến nguy cơ mắc phải các bệnh lý khác trong tương lai ngắn hạn hoặc dài hạn sau này của trẻ.

ĐỊNH NGHĨA, NGUYÊN NHÂN, YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ CÁC TRIỆU CHỨNG NHẬN BIẾT SANH NON

Trẻ sanh non được định nghĩa là trẻ được sinh ra trước 37 tuần^{0/7}.

Sơ sinh đủ tháng được định nghĩa là sơ sinh với tuổi thai lúc sinh là từ 37 đến 42 tuần.

Trẻ sanh non được định nghĩa là trẻ được sinh ra trước 37 tuần^{0/7}.

Căn cứ trên tuổi thai khi sanh, có thể chia ra

- Tuổi thai dưới 28 tuần^{0/7}: được gọi là sơ sinh cực non. Chiếm khoảng 5% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 28 tuần^{0/7} đến 31 tuần^{6/7}: được gọi là sơ sinh rất non. Chiếm khoảng 15% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 32 tuần^{0/7} đến 33 tuần^{6/7}: Chiếm khoảng 20% các trường hợp.
- Tuổi thai từ 34 tuần^{0/7} đến 36 tuần^{6/7}: Chiếm khoảng 60% các trường hợp.

Thai kỳ kéo dài quá ngày dự sinh được định nghĩa khi thai kỳ kéo dài > 42 tuần vô kinh.

Sanh non có thể là do tự phát hay là hậu quả của chỉ định can thiệp y khoa.

Có 2 nhóm nguyên nhân lớn của sanh non:

1. Sanh non do có chỉ định từ mẹ hoặc thai. Cuộc sanh được chỉ định vì một lý do y khoa như tiền sản giật, nhau tiền đạo, chậm tăng trưởng trong tử cung nặng gây suy thai. Nhóm này chiếm khoảng 20%.
2. Sanh non tự phát, chiếm khoảng 80% các trường hợp còn lại, đa phần liên quan đến chuyển dạ sanh non hoặc ối vỡ non trên thai non tháng (*Preterm Premature Rupture Of Membranes - PPRM*).

Hiện nay người ta cho rằng chuyển dạ sanh non là một hội chứng gồm nhiều cơ chế khác nhau.

Cần lưu ý là trong đa số trường hợp, chúng ta không thể tìm được nguyên nhân hoặc yếu tố nguy cơ của chuyển dạ sanh non.

Có 4 quá trình bệnh sinh chủ yếu như sau, và chuyển dạ sanh non là hậu quả cuối cùng của các diễn tiến bệnh lý này.

1. Hoạt hóa trục hạ đồi-tuyến yên-tuyến thượng thận ở mẹ hoặc thai nhi do stress.
2. Nhiễm trùng (tại lớp màng đệm, màng ối hoặc toàn thân).
3. Xuất huyết tại lớp màng ối (bong nhau).
4. Căng dẫn tử cung quá mức do một tình trạng nào đó như đa thai, đa ối.

Một số yếu tố đã được nhận diện là yếu tố nguy cơ của sanh non.

Các thai phụ có các đặc điểm sau được xem là có yếu tố nguy cơ cao sanh non:

- Tiền căn đã từng có sanh non, chuyển dạ sinh non, ối vỡ non.
- Hở eo cổ tử cung nguyên phát hoặc thứ phát sau can thiệp y khoa như sau khoét chóp cổ tử cung ...
- Nhiễm trùng như nhiễm trùng tiểu, nhiễm khuẩn âm đạo (*Bacterial Vaginosis - BV*), nhiễm trùng ối.
- Tình trạng căng dẫn tử cung quá mức như đa thai, đa ối.
- Tử cung bị biến dạng do u xơ-cơ trơn tử cung, tử cung có vách ngăn hay các dị tật cấu trúc khác của tử cung.
- Bất thường của bánh nhau như nhau bong non, nhau tiền đạo.
- Mẹ hút thuốc lá.

Các triệu chứng và dấu chứng của chuyển dạ sanh non là các dấu hiệu của chuyển dạ, xuất hiện sớm trước 37 tuần^{0/7}

Sản phụ có những cơn gò tử cung, thường không gây đau. Thông thường sản phụ cảm nhận rằng có những cơn trằn bụng giống như khi chuyển dạ hay khi ra kinh, hoặc cảm giác đau trằn vùng thắt lưng dưới, hoặc có cảm giác nặng vùng chậu, hoặc đau bụng có hay không kèm dấu kích thích tiêu hóa như tiêu chảy.

Sản phụ cũng ghi nhận tăng số lượng hoặc thay đổi tính chất dịch âm đạo. Có thể thấy dấu hiệu của tổng xuất nút niêm dịch cổ tử cung: ra dịch nhầy hoặc dịch loãng hoặc dịch lẫn máu.

¹ Phó giáo sư, phó trưởng bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. Mail: trangnk08@gmail.com

² Giảng viên bộ môn Phụ Sản, khoa Y, Đại học Y Dược tp HCM. Mail: thachdc2002@yahoo.com

CÁC YẾU TỐ ĐÁNH GIÁ VÀ TIÊN LƯỢNG CỦA SANH NON

Fetal Fibronectin là một khảo sát có giá trị dự báo âm sanh non rất cao.

Fibronectin thai nhi (*fetal Fibronectin* - fFN) là một loại glycoprotein ngoại bào thường tìm thấy trong dịch tiết cổ tử cung trong giai đoạn sớm của thai kỳ và khi thai kỳ gần đủ tháng.

Nồng độ fFN gia tăng trong dịch tiết cổ tử cung trong các trường hợp chuyển dạ sanh non. Độ nhạy (*sensitivity*) của khảo sát là 90% và độ chuyên biệt (*specificity*) của test là 93.8%.

Nếu thai chưa đủ tháng (khi tuổi thai 22-34 tuần) mà nồng độ fFN gia tăng thì có thể có liên quan với sự gia tăng nguy cơ sanh non, với khả năng sẽ sinh trong vòng 7-14 ngày từ khi thực hiện test. Giá trị dự báo dương của test này là 78.3%.

Buộc phải lưu ý rằng mức tiêu khi thực hiện test fFN không nằm ở giá trị tiên đoán dương mà là ở giá trị tiên đoán âm. Nghĩa là, nếu khảo sát fFN âm tính trong dịch tiết âm đạo-cổ tử cung, thì khả năng thai phụ sẽ sinh non trong vòng 7 ngày kế tiếp là rất thấp, khoảng 1%, với giá trị dự báo âm là 97.4%.

Chiều dài kênh tử cung

Chiều dài (kênh) cổ tử cung đo qua siêu âm cũng được dùng làm yếu tố chẩn đoán. Trong giai đoạn giữa của thai kỳ, cổ tử cung dài khoảng 30-40 mm. Siêu âm đo chiều dài cổ tử cung được thực hiện qua đường âm đạo. Vào thời điểm này của thai kỳ, khi quan sát thấy cổ tử cung bị ngắn lại, thì hiện tượng này có liên quan với nguy cơ tăng cao của chuyển dạ sanh non. Ngoài việc đo chiều dài kênh tử cung, người ta còn khảo sát hình dạng của lỗ trong và lỗ ngoài cổ tử cung. Cổ tử cung có thể có dạng U, dạng Y là những dạng có nguy cơ cao. Dạng I thường có tiên lượng tốt hơn.

Vào tuần lễ 24 của thai kỳ, trên một thai phụ không có triệu chứng, nếu chiều dài cổ tử cung ngắn < 25 mm thì nguy cơ sanh non sẽ tăng lên. Ngược lại, nếu một sản phụ có các cơn gò tử cung xuất hiện khi thai chưa đủ tháng nhưng chiều dài cổ tử cung vẫn còn dài hơn 30 mm thì nguy cơ có sanh non trong vòng 7 ngày kế tiếp chỉ là 1%.

Viêm âm đạo do vi khuẩn

Viêm âm đạo do vi khuẩn (*Bacterial Vaginosis* - BV) là tình trạng khá phổ biến. Ở những trường hợp có biểu hiện triệu chứng của nhiễm khuẩn âm đạo, chúng ta nên tiến hành điều trị đầy đủ. Dường như việc điều trị BV có triệu chứng sớm trước tuần 20 có làm giảm tần suất sanh non, thông qua hiệu quả làm giảm vỡ ối do viêm mạn các màng thai. Đối với bệnh nhân có nguy cơ cao chuyển dạ sanh non và có dấu hiệu lâm sàng của BV, có thể cân nhắc điều trị nhiễm khuẩn âm đạo.

Tuy nhiên, *không có khuyến cáo điều trị những trường hợp không có triệu chứng và nguy cơ thấp* vì tỷ lệ sanh non không giảm so với nhóm chứng.

Các bước đánh giá chuyển dạ sanh non: (1) tuổi thai, (2) nguy cơ sanh non

Khi nghi ngờ một trường hợp chuyển dạ sanh non, yếu tố quan trọng nhất là tuổi thai và nguy cơ có thể đi xa hơn đến chuyển dạ sanh non không ngăn cản được. Tuổi thai được đánh giá bằng các thông tin có được từ đầu thai kỳ. Cổ tử cung được khám bằng mô vạt, qua siêu âm hoặc bằng tay. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng, khám bằng tay có thể vô tình làm tăng nguy cơ sanh non do vô tình tách các màng ối. Vì thế, nên khám bằng mô vạt trước nếu nghi ngờ có vỡ màng ối qua khai thác bệnh sử. Chiều dài và tình trạng kênh tử cung sẽ được đánh giá qua siêu âm khảo sát kênh cổ tử cung. Thay đổi tình trạng cổ tử cung giúp ta chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị.

Ngoài ra, chúng ta có thể theo dõi bằng monitor sản khoa để đánh giá tần số và cường độ cơn gò.

Bên cạnh việc xác định độ dài kênh tử cung, siêu âm giúp kiểm định lại tuổi thai, phát triển bào thai, lượng dịch ối, ngôi thai, và vị trí bánh nhau, cũng như khảo sát dị tật của thai nhi.

Cũng nên theo dõi tình trạng xuất huyết của bệnh nhân, vì nhau bong non và nhau tiền đạo có liên quan đến chuyển dạ sanh non.

ĐIỀU TRỊ SANH NON NHẪM MỤC ĐÍCH TRÌ HOẢN CHUYỂN DẠ ĐỂ CHỜ HIỆU LỰC CỦA CORTICOID

Chỉ định điều trị tùy thuộc vào fFN và đo chiều dài kênh tử cung.

Khi có dấu hiệu nguy cơ trực tiếp của sanh non, phải thực hiện đo chiều dài kênh cổ tử cung và fFN.

- Nếu các test cho kết quả dương tính thì phải tiến hành dùng giảm co và thực hiện corticosteroid liệu pháp nhằm mục đích dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh (*Respiratory Distress Syndrome* - RDS).
- Nếu có cơn co tử cung, nhưng fFN âm tính, có thể thực hiện lặp lại các lần đo chiều dài kênh tử cung.
- Việc điều trị là không cần thiết nếu fFN âm tính và chiều dài kênh cổ tử cung > 30 mm.

Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sanh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả.

Mục đích của điều trị là nhằm trì hoãn cuộc chuyển dạ sanh non, ngăn cản cuộc sanh cho khi corticosteroids đạt được hiệu quả. Thời gian này là 48 giờ. Các loại thuốc giảm gò thường giúp kéo dài thai kỳ thêm khoảng vài ngày.

Các chống chỉ định của thuốc giảm gò bao gồm *chuyển dạ đã tiến triển nhiều, thai nhi đã trưởng thành, thai nhi dị tật, nhiễm trùng trong tử cung, xuất huyết âm đạo lượng nhiều, và tiền sản giật nặng*.

Corticosteroid liệu pháp nhằm mục đích dự phòng hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh

Betamethason và *Dexamethason* là những corticosteroid được nghiên cứu rộng rãi nhất và chúng được lựa chọn cho thúc đẩy trưởng thành cơ quan thai nhi. Cả 2 đều qua nhau thai với dạng hoạt động sinh học gần như giống hệt nhau. Cả 2 đều không đủ tính *minercorticoid* và có tính ức chế miễn dịch tương đối ngắn với thời hạn sử dụng ngắn.

Mục đích của corticosteroid liệu pháp là làm tần suất xảy ra hội chứng suy hô hấp cấp ở sơ sinh sau sanh, là nguyên nhân hàng đầu của tử vong sơ sinh ở trẻ non tháng. Khi được thực hiện ở chuyển dạ sanh non thai dưới 34 tuần, NNT của điều trị này là 8. Khi được thực hiện sau 34 tuần, NNT của điều trị khoảng gần 100. Do đó, corticoid liệu pháp là không cần thiết sau 34 tuần vô kinh.

Thời gian để corticoid liệu pháp dự phòng RDS là 48 giờ.

Lưu ý khi dùng trên thai phụ có rối loạn chuyển hóa carbohydrate hay có tình trạng nhiễm trùng.

Chưa có dữ liệu về hiệu quả của việc dùng corticosteroid trước khi thai nhi có khả năng nuôi sống được.

Khuyến cáo

Corticosteroid được dùng với 1 trong 2 lựa chọn sau:

Betamethasone (12 mg) tiêm bắp 2 liều, cách 24 giờ *hoặc*

Dexamethasone (6 mg) tiêm bắp 4 liều, cách 12 giờ

Một đợt Corticosteroid duy nhất được khuyến cáo cho thai phụ giữa tuần thai 24 và 34, và có nguy cơ sinh non trong vòng 7 ngày.

Một đợt điều trị Corticosteroid trước sinh duy nhất phải thực hiện cho những thai phụ ối vỡ non trước 34 tuần thai nhằm giảm nguy cơ xảy ra hội chứng suy hô hấp cấp, tử vong chu sinh và các bệnh tật khác.

Một đợt điều trị Corticosteroid khẩn cấp duy nhất có thể được cân nhắc nếu đã điều trị hơn 2 tuần trước đó, tuổi thai nhỏ hơn 32 tuần 6 ngày, và thai phụ được đánh giá trong thực tế lâm sàng sẽ sinh trong tuần sau. Tuy nhiên, đợt điều trị lặp lại không được khuyến cáo.

Các thuốc dùng trong chuyển dạ sinh non			
Nhóm thuốc	Tác động	Tác dụng phụ	Lưu ý
Đối vận với thụ thể oxytocin	Đối vận với thụ thể của oxytocin trên cơ tử cung, ngăn cản tác dụng cơ cơ tử cung của oxytocin nội sinh	Hiện không tác dụng phụ quan trọng được ghi nhận	Là thuốc duy nhất được dán nhãn (<i>labelled</i>) cho điều trị sanh non
Ức chế kênh calcium	Ngăn chặn Ca ⁺⁺ đi vào tế bào	Hạ huyết áp và nhức đầu; có thể làm giảm lưu lượng máu nhau-tử cung, giảm oxygen và tăng CO ₂ ở thai nhi	Có thể làm nặng thêm các tác dụng phụ của magnesium sulfate Không được dán nhãn cho điều trị sanh non
Đồng vận β-adrenergic	Tăng nồng độ cAMP (<i>cyclic Adenosine MonoPhosphate</i>) trong tế bào, làm giảm nồng độ calcium	Hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nặng ngực hoặc đau ngực, thay đổi trên ECG Có thể gây phù phổi, đặc biệt khi có quá tải tuần hoàn Chống chỉ định tương đối ở bệnh nhân có bệnh mạch vành và suy thận	Thường ít dùng do các tác dụng phụ của thuốc Salbutamol không được dán nhãn cho điều trị sanh non Việc dùng kéo dài Salbutamol không được xem là an toàn cho thai nhi
Magnesium sulfate	Cạnh tranh với calcium để vào tế bào	Có thể gây nhức đầu hoặc đỏ bừng mặt, nồng độ cao có thể gây ức chế hô hấp hoặc tim mạch	Có độ an toàn cao Có tác dụng bảo vệ thần kinh cho thai nhi nếu tuổi thai dưới 28 tuần Không dùng MgSO ₄ kéo dài trên 48 giờ Chống chỉ định khi bệnh nhân có hạ calcium máu hoặc có bệnh nhược cơ

DỰ PHÒNG SANH NON

Có thể dùng Progesterone với mục đích dự phòng sanh non cho thai phụ có tiền căn sanh non và hiện có kênh tử cung ngắn.

Các nghiên cứu gần đây ủng hộ việc thực hiện dự phòng sanh non bằng progesterone cho một số nhất định thai phụ có nguy cơ cao: cụ thể là thai phụ với tiền căn sanh non đồng thời có chiều dài kênh tử cung ngắn dưới 25^{mm} trong thai kỳ hiện tại. Ở các thai phụ này, *progesterone tự nhiên dùng qua đường âm đạo* được chỉ định.

Trong những trường hợp khác, việc dùng progesterone không được chứng minh là có lợi, kể cả trong trường hợp đa thai.

Có thể khâu vòng cổ tử cung với mục đích dự phòng sanh non cho thai phụ có hở eo tử cung và hiện có kênh tử cung ngắn.

Hở eo tử cung là một bệnh lý có thể liên quan đến gia tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non và sinh non. Trong một phân tích gộp gồm 4 thử nghiệm lâm sàng khảo sát khâu vòng cổ tử cung (*cerclage*) ở những bệnh nhân có tiền căn sinh non đồng thời cũng có cổ tử cung ngắn < 25^{mm} trong thai kỳ hiện tại, thì can thiệp này có làm giảm nguy cơ sinh non trước tuần lễ 35. Tuy nhiên, những trường hợp có cổ tử cung ngắn nhưng không có tiền căn sinh non thì không thấy lợi ích nào khi tiến hành thủ thuật này. Ở những trường hợp song thai, khi khâu cổ tử cung sẽ làm tăng nguy cơ chuyển dạ sinh non.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Norwitz, E.R., Prevention of spontaneous preterm birth, in UpToDate, 2011.
- Lockwood, C.J., overview of preterm labor and delivery, in UpToDate, 2011.
- Beckmann, C.R.B., Obstetrics and gynecology. 6th ed. American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) with Charles R.B. Beckmann et al., 2010, Philadelphia, Pa.; London: Lippincott Williams & Wilkins.
- Toy, E.C., Case files. High-risk obstetrics. 2011, New York: McGraw-Hill Medical.